



STUDENT GRANT AND EXPENSE VERIFICATION

CASE NAME	CASE NUMBER
COMMUNITY SERVICES OFFICE (CSO)	DATE

SECTION 1: TO BE COMPLETED BY DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES (DSHS)

FINANCIAL SERVICES SPECIALIST NAME	TELEPHONE NUMBER
------------------------------------	------------------

CLIENT NAME AND ADDRESS

SECTION 2: TO BE COMPLETED BY STUDENT

STUDENT NAME (PLEASE PRINT)	SOCIAL SECURITY NUMBER	NAME OF SCHOOL
-----------------------------	------------------------	----------------

ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ສິດທາງໂຮງຮຽນທີ່ມີຊື່ຂ້າງເທິງນັ້ນບ່ອນລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການຮຽນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຕໍ່ກັບ DSHS, ກົມຫວຽດ (ESD) ແລະ ພະແນກຝຶກຝົນວິຊາຊີບໃຫ້ດີຄືເກົ່າ (DVR). ລາຍລະອຽດນີ້ລວມດ້ວຍລາຍການເຊັ່ນ: ດ້ານການເງິນທັງໝົດທີ່ເອົາໃຫ້, ລາຍຈ່າຍຄ່າການຮຽນ, ຊົ່ວໂມງຂອງວິຊາຮຽນ, ລາຍລະອຽດມາຮຽນ, ແລະ ລາຍງານຍ້ອງການຮຽນ. ທາງ DSHS ຈະໃຊ້ລາຍລະອຽດນີ້ໃຫ້ເປັນທີ່ແນ່ນອນຕໍ່ການພິຈາລະນາສິດທິຂອງຂ້າພະເຈົ້າສໍາລັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອສິດສິງຄາຍ (PA) ແລະ/ຫລື ການຊ່ວຍເຫຼືອ ຟຸດສະແຕມ (FS) . ໃບແບບຟອມສະບັບສໍາລອງນີ້ອາດເອົາ

ໃຫ້ກົມຫວຽດ ESD ຕໍ່ການພິຈາລະນາສິດທິຂອງຂ້າພະເຈົ້າສໍາລັບເງິນຈາກການເຮັດວຽກ ຫລື ການເຮັດວຽກຂອງໂຄງການ FIP. ໃບແບບຟອມສະບັບສໍາລອງນີ້ອາດເອົາໃຫ້ພະແນກ DVR ຄືກັນຕໍ່ການພິຈາລະນາສິດທິຂອງຂ້າພະເຈົ້າສໍາລັບບໍລິການຂອງໂຄງການຝຶກວິຊາຊີບໃຫ້ດີຄືເກົ່າ.

ທາງໂຮງຮຽນຕ້ອງການ 10 ວັນ ໃຫ້ປະກອບໃບແບບຟອມນີ້. ໃຫ້ຕິດຄັດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການຮຽນສະບັບສໍາລອງທີ່ໄດ້ເອົາໃຫ້ຂອງທ່ານໄປກັບໃບແບບຟອມນີ້ ແລະ ສົ່ງໃຫ້ຫ້ອງການບໍລິການຊຸມນຸມຊົນ ຂອງທ່ານ. ໃຫ້ເກັບເອົາສະບັບສໍາລອງທີ່ຄືກັນໄວ້ສໍາລັບທ່ານເອງ.

STUDENT SIGNATURE	DATE
-------------------	------

SECTION 3: TO BE COMPLETED BY THE SCHOOL

Student is: ☐ Undergraduate; ☐ Graduate. Student attends: ☐ less than 1/2 time; ☐ 1/2 time or greater.

Period for which award and expenses cover: _____ through _____
MONTH/YEAR MONTH/YEAR

Award funds are issued each: ☐ Quarter ☐ Semester ☐ Other (Specify): _____

The following costs were used in budgeting the student's financial aid award. NOTE: Please consider the student's child care needs when establishing the financial aid need.

1. Total Financial Award:		\$
2. Tuition and fees:	\$	
3. Books and supplies:	\$	
4. Transportation:	\$	
5. Miscellaneous personal expenses:	\$	
6. Sub-total Expenses: (For ESD work programs) (Add lines 2 thru 5)	\$	
7. Dependent care expenses: (For PA/FS programs)	\$	
8. Total Attendance Expenses: (For PA/FS Programs) (Add lines 6 + 7)	\$	
9. Total Financial Award Available: (For PA/FS Programs) (Subtract line 8 from line 1)		\$
FINANCIAL AID REPRESENTATIVE SIGNATURE	TELEPHONE NUMBER	DATE